

Sylvia Vriesendorp  
Bula-Bula LieLie  
Ralph Stone  
Claire Madden

Frac V - La Decentralisation des Programmes de Planification Familiale aux  
populations dispersees  
Rwanda

Family Planning Management Development (FPMD)  
Project Number: 936-3055  
Agreement Number: CCP-A-00-95-00000-02

Office of Population, USAID

Management Sciences for Health  
165 Allandale Road  
Boston, MA 02130

October 1992

FRAC V - LA DECENTRALISATION DES  
PROGRAMMES DE PLANIFICATION  
FAMILIALE AUX POPULATIONS DISPERSEES

RWANDA, OCTOBER 1992

Sylvia Vriesendorp  
Bula-Bula LieLie  
Ralph Stone  
Claire Madden

**FAMILY PLANNING MANAGEMENT DEVELOPMENT**

Project No.: 936-3055  
Contract No.: DPE-3055-C-00-0051-00  
Task Order No.: RC 04 AF



## TABLE DE MATIÈRES

I.	SOMMAIRE EXECUTIF .....	3
II.	INTRODUCTION .....	4
III.	HISTOIRE DU FRAC .....	4
IV.	FRAC V: THEME, BUT ET OBJECTIFS .....	5
V.	METHODOLOGIE .....	6
VI.	EMPLOI DU TEMPS .....	7
VII.	SYNTHESE DES TRAVAUX .....	7
VIII.	EVALUATION.. .....	13
IX.	REFLEXION SUR LE FUTUR DU FRAC .....	15
X.	ANNEXES .....	16
A.	LISTE DE PARTICIPANTS, OBSERVATEURS ET ENCADREURS .....	17
B.	PROGRAMME DETAILLE FRAC V - RWANDA .....	20
C.	ACTIVITES ENTREPRISES DEPUIS FRAC IV (QUALITE DES SOINS) .....	23
D.	CARACTERISTIQUES ESSENTIELLES DE LA DECENTRALISATION .....	24
E.	QUESTIONNAIRES POUR DETERMINER LE DEGRE DE DECENTRALISATION .....	25
F.	RAPPORT DES VISITES SUR LE TERRAIN .....	28
G.	DOCUMENTS DISTRIBUES .....	32
H.	PLANS D'ACTION .....	33
I.	DEPOUILLEMENT EVALUATION .....	41

## I. SOMMAIRE EXECUTIF

Il s'est tenu du 28 septembre au 9 octobre 1993 au Rwanda la cinquième réunion du Comité Consultatif Régional Francophone (en abrégé FRAC: Francophone Regional Advisory Committee) qui a regroupé des cadres supérieurs des pays francophones d'Afrique et du Caraïbe qui gèrent des programmes de planification familiale et, soins maternels et infantiles (PF/SMI). Cette réunion du FRAC est la cinquième du genre organisée par MSH après une première réunion en 1987 à Boston, celle du Maroc tenue en 1988 qui a traité l'intégration, celle de Dakar sur la participation communautaire, et celle de Boston en 1991 dont le sujet était la qualité de services en PF/SMI.

Elle a regroupé 26 participants et 3 observateurs venus de 13 pays francophones d'Afrique et Haïti. La structure technique d'accueil de ce cinquième FRAC était l'Office National de la Population du Rwanda (ONAPO).

Le but poursuivi par le FRAC V est d'amener les participants à améliorer la gestion de leurs programmes. L'objectif général de cette rencontre était d'identifier les stratégies pour décentraliser la gestion des programmes de planification familiale en vue de desservir une population dispersée. Ainsi dix jours durant, les membres participants ont eu à réfléchir sur ce thème très pertinent de la décentralisation. L'importance de ce thème se justifie par la préoccupation actuelle de différents responsables des structures sanitaires de desservir une population dispersée. Il s'agit en effet de ramener le centre de décision de gestion des programmes plus près de la population bénéficiaire. Pour mener à bout cette réflexion, une série d'activités déployées a permis d'atteindre les objectifs spécifiques fixés.

### DÉROULEMENT DES ACTIVITÉS ET RÉSULTATS

Le déroulement des activités a connu trois phases essentielles dont le développement du concept de décentralisation discuté de 28 septembre au 1 octobre 1992 à Kigali. La visite sur le terrain a eu lieu dans quelques régions du Rwanda du 1 au 3 octobre 1992. Enfin la discussion sur les observations recueillies du terrain a été organisée à Gisenyi du 5 au 8 octobre 1992.

De la profonde réflexion menée autour du concept de la décentralisation, il s'y est dégagé une perception commune selon laquelle la décentralisation est un processus par lequel le niveau central transfère le pouvoir de décision au niveau local ou périphérique. En tant que processus, la décentralisation se fait progressivement à travers les étapes dont la délégation, la déconcentration et la dévolution parfois. Elle porte sur plusieurs éléments de gestion notamment les ressources humaines, les ressources matérielles, les finances, l'information de gestion, le pouvoir organisationnel etc. La décentralisation nécessite des préalables. Il s'agit essentiellement de la volonté politique de décentraliser concrétisée par les textes, les compétences professionnelles du personnel à tous les niveaux de la décentralisation et les ressources pour exécuter les activités. Par ailleurs, la décentralisation comprend la volonté politique, le processus, le résultat, les éléments à décentraliser. Enfin, il a été noté que le but essentiel de la décentralisation est d'obtenir l'efficacité des structures afin de satisfaire les besoins des clients (la population).

La réflexion autour du concept a été suivie d'une visite sur le terrain. Les participants étaient repartis en cinq sous-groupes de travail. Chaque sous-groupe a visité pendant deux jours consécutifs les structures sanitaires de lieux ci-après: Kigali au centre du pays, Ruhengeri et Gisenyi dans le nord, Gitarama dans l'ouest, et Kibungo dans l'est. Ces visites ont permis aux membres du FRAC V de se rendre compte du degré de décentralisation auquel est arrivé l'ONAPO et le système de santé du Rwanda.

#### FRAC VI ET L'AVENIR DU FRAC

Une réflexion a été organisée autour de la tenue du FRAC VI. Il a été retenu que le thème de ce FRAC sera la supervision au niveau national des structures de PF/SMI. La Tunisie s'est proposée comme pays pouvant abriter le FRAC VI.

Quant à l'avenir du FRAC, tous les participants reconnaissent que le FRAC est le meilleur cadre de réflexion et échanges d'expérience entre les responsables sur la gestion des programmes de PF/SMI pour l'Afrique francophone. Ils souhaitent que les autres institutions internationales chargées des problèmes de population apportent toute leur assistance financière à MSH pour l'organisation des réunions annuelles futures du FRAC.

## II. INTRODUCTION

Du 27 septembre au 8 octobre la cinquième réunion du Comité Consultatif Francophone Régional (FRAC) prit place au Rwanda sur le thème: *La décentralisation des programmes de planification familiale aux population dispersées*. La réunion fut organisée dans le cadre du projet FPMD en collaboration étroite avec l'Office National de la Population (ONAPO) au Rwanda et le projet MSH auprès de l'ONAPO.

Treize pays étaient représentés par un total de 26 participants. En plus, trois observateurs se sont joints au comité dans ses travaux, à savoir de l'IPPF/région de l'hémisphère occidentale, de SEATS/bureau Zimbabwe et de MSH/programme de population. Les participants représentaient essentiellement les échelons supérieures dans les structures des programmes nationaux de planification familiale ou des associations de bien-être familial, auxquels venaient s'ajouter quelques cadres supérieurs du niveau provincial (voir annexe A. pour la liste de participants). L'encadrement technique était assuré par la même équipe de l'année passée (voir annexe A). L'encadrement administratif et logistique était pris en charge par une équipe MSH/ONAPO.

Le programme de la réunion consistait en une élaboration d'un cadre conceptuel par rapport à la décentralisation, suivi par des visites sur le terrain pour examiner l'application du concept aux réalités du terrain. A leur retour des sorties, les participants ont évalué les aspects théoriques et pratiques par rapport aux réalités vécues dans leurs propres pays afin de développer des plans d'action concrets pour mettre en oeuvre ou stimuler le processus de décentralisation, déjà en cours dans la plupart des pays membres du FRAC.

Durant la réunion, tous les anciens membres du FRAC se sont réunis individuellement ou par pays avec un journaliste de l'ONAPO pour discuter du rôle que joue le FRAC dans l'exécution de programmes de PF dans leurs pays respectifs. Ces interviews ont été enregistrées et seront transcrites et analysées pour documenter l'impact du FRAC.

## III. HISTOIRE DU FRAC

En 1986, au cours de discussions individuelles avec des cadres supérieurs des programmes de planification familiale, plusieurs exprimaient un désir de pouvoir se réunir avec leurs collègues d'autres pays afin d'échanger des idées et expériences, de recevoir du soutien, et d'explorer ensemble les problèmes communs et les stratégies pour améliorer la gestion de leurs programmes. En début de 1987, la direction de FPMT prit en charge l'organisation de la première réunion du Comité Consultatif Régional Francophone à Boston en avril 1987.

Les cadres supérieurs de 7 programmes de planning familial de la région francophone de l'Afrique sous-saharienne et l'Afrique du nord ainsi que de Haïti furent invités à participer et à créer le FRAC. En plus, deux représentants de l'Institut Pan-Africain pour le Développement assistaient à cette première réunion. Ainsi fut créé le Comité Consultatif Régional Francophone ou FRAC tout court. Au cours de cette réunion, le personnel FPMT et les membres du FRAC ont exploré les

différents problèmes et défis du management. Ils y ont discuté du rôle que FPMT et le FRAC pourraient jouer afin de développer la réaction propre aux besoins perçus de la région en formation et en assistance technique en matière de gestion. Le défi principal qui a surgi presque unanimement de la première réunion était la question de l'intégration du planning familial dans les services de santé maternelle et infantile, ou même de soins de santé primaires.

Un an plus tard, le FRAC se réunit à Marrakesh au Maroc pour analyser cette question plus en détail. Une semaine fut consacrée à examiner le concept de l'intégration, et la façon dont elle est ou non mise en opération à travers différents sous-systèmes gestionnaires (tels que la supervision, la logistique, les systèmes d'information) dans les pays représentés par les membres du FRAC. La réunion inclut une visite sur le terrain à plusieurs lieux du programme marocain VDMS (Visites à domicile de motivation systématique). Au cours de ces visites, les membres du FRAC et leurs collègues des services de soins de santé primaires ou des programmes SMI ont pu voir des services intégrés en action et poser des questions aux agents. Une liste de recommandations (pour plus d'intégration) fut présentée et adoptée à la fin de la réunion.

La troisième réunion eut lieu un an plus tard en mars 1989 à Dakar au Sénégal. Quelques 26 participants ont représenté 9 pays et 3 institutions de formation (PAID, CERPOD, et CAFS/CEFA). En plus des objectifs généraux du FRAC qui sont de renforcer le réseau et de faciliter l'échange d'expériences, la réunion avait comme objectifs spécifiques d'explorer et d'identifier les problèmes de gestion et les opportunités liées à la participation communautaire (financière aussi bien que non-financière), et d'analyser les expériences bien spécifiques du Sénégal, ses succès et les obstacles rencontrés dans le domaine de la participation communautaire en santé. Au programme s'est ajoutée une série de présentations individuelles, de visites sur le terrain, de discussions par groupes d'orateurs, travaux en petits groupes et discussions en plénière. A la fin de la réunion les participants ont présenté des recommandations à propos de la participation communautaire dans la planification et la mise en oeuvre des services de santé.

La première rencontre sous le nouveau projet FPMD (Family Planning Management Development), le IVème FRAC, se déroula en août 1991 à Boston. Une quarantaine de personnes, représentant douze pays francophones d'Afrique du Nord, de l'Ouest, Centrale et le Caraïbe, s'est réunie durant deux semaines aux Etats-Unis pour examiner et débattre les multiples aspects de la qualité des services et des programmes de planification familiale.

#### IV. FRAC V: THEME, BUT ET OBJECTIFS

Le thème de la réunion fut identifié lors de la troisième réunion à Dakar comme étant "La décentralisation des programmes de planification familiales aux populations à haute risque". Une mission de préparation effectuée par les deux encadreurs du FRAC en Juin 1992 a amenée à une légère ré-formulation du thème: "La décentralisation des programmes de planification familiales aux populations dispersées."

Ainsi furent établis le but et les objectifs de cette cinquième réunion:

But du FRAC	Amener les participants à améliorer la gestion des programmes de planification familiale dans leurs pays respectifs.
Objectif général	Identifier les stratégies pour décentraliser la gestion des programmes de planification familiale en vue de desservir une population dispersée.
Objectifs spécifiques  A la fin de la réunion les participants pourront:	<ul style="list-style-type: none"> <li>● expliquer le concept de décentralisation</li> <li>● décrire les implications et les conséquences de la décentralisation qui dépassent la simple réorganisation structurelle</li> <li>● évaluer le degré de décentralisation dans un système, et les implications de cette décentralisation pour le système entier</li> <li>● identifier les stratégies pour mettre en oeuvre la décentralisation</li> <li>● expliquer et illustrer l'importance du FRAC</li> </ul>

## V. METHODOLOGIE

La méthodologie employée était variée et de nature participante. Ainsi furent utilisées:

- ▶ une simulation d'un système en voie de décentralisation un pays fictif
- ▶ une technique de brainstorming utilisant des cartes (variation technique GTZ) pour arriver à une définition commune du concept
- ▶ une technique de débats (bol de poisson - fishbowl) permettant aux participants de représenter des perspectives différentes dans le débat sur la décentralisation
- ▶ visites sur le terrain pour voir l'application du concept à la réalité du terrain
- ▶ travaux en petits groupes pour approfondir la matière
- ▶ mise en commun des travaux de groupes en plénière
- ▶ appui d'une documentation des expériences sur le terrain
- ▶ un film sur la notion du changement.

La méthodologie variée est une estampille du FRAC qui le distingue des autres rencontres de haut niveau. Elle a pour but non seulement de susciter la plus grande participation mais aussi la démonstration des techniques diverses pour que les membres participants les utilisent chez eux à leur retour.

## VI. EMPLOI DU TEMPS

La réunion prit place à l'hôtel Mille Collines à Kigali du 27 au 1 octobre. Pour les visites sur le terrain le groupe fut divisé en 5 petits groupes d'environ 5 participants, qui se rendirent,

accompagnés du délégué et d'un cadre du siège de l'ONAPO, aux cinq régions suivantes: Gisenyi et Ruhengeri dans le nord, Gitarama dans l'ouest, Kibungo dans l'est, et Kigali rural au centre du pays. Après les visites sur le terrain l'ensemble de participants se retrouva à Gisenyi, dans le nord du pays pour les derniers jours (3 - 8 octobre). Un programme plus détaillé figure en annexe B.

JOUR	PROGRAMME
Dimanche 27 (soir)	Réunion avec délégués ONAPO, enregistrement, réception, historique du FRAC, vidéo Frac IV
Lundi 28	Ouverture officielle, introductions, questions administratives, présentation objectifs et ordre du jour, détermination impact FRAC IV
Mardi 29	Définition commune de décentralisation, communication sur la décentralisation, simulation du processus de décentralisation
Mercredi 30	Analyse simulation, conclusions sur le processus de décentralisation en général et dans le contexte africain, identification des éléments de la décentralisation
Jeudi 1	Présentation préalables et modèles typiques. Préparation questionnaires pour visites sur le terrain
Vendredi 2, Samedi 3	Visites sur le terrain
Lundi 5	Echange des expériences des visites sur le terrain, synthèse, conclusions, débats/commentaires à propos de la documentation distribuée (expériences dans d'autres pays)
Mardi 6	Etat actuel et stratégies adoptées dans les pays membres par rapport aux éléments identifiés prioritaires. Dynamique de changement et rôle du leader dans ce processus, préparation plans d'action
Mercredi 7	Préparation et présentations des plans d'action
Jeudi 8	Identification thème et lieu prochain FRAC, évaluation, clôture officielle, discussion sur l'avenir du FRAC

## VII. SYNTHÈSE DES TRAVAUX

Dimanche 27 (soir):	Réunion avec délégués ONAPO, enregistrement, réception, historique du FRAC, vidéo Frac IV
---------------------	---

Une réunion avec les délégués et les cadres participants de l'ONAPO prit place avant le démarrage du FRAC afin de finaliser les arrangements pour les sorties sur le terrain et d'échanger de vues à propos des attentes et besoins des uns et des autres. Puis, une réception informelle de bienvenue permit aux délégués de rencontrer leurs groupes de sorties et de faire la connaissance. En même temps, une brève revue du FRAC et son histoire permit aux nouveaux membres de s'orienter sur

ce comité dont ils feront désormais part. A la fin de la réception, le film du quatrième FRAC fut projeté.

Lundi 28:	Ouverture officielle, introductions, questions administratives, présentation objectifs et ordre du jour, détermination impact FRAC IV
-----------	---

L'ouverture officielle fut organisée par M. Evariste Hakizimana de l'ONAPO. Des discours furent prononcés par M. Dick Roberts, chef du projet MSH auprès de l'ONAPO, au nom de Management Sciences for Health, par Madame Habimana, Directrice de l'ONAPO, Son Excellence l'Ambassadeur des Etats-Unis, et Son Excellence le Ministre de la Santé.

Après la pause, les participants s'introduisaient. Les questions administratives et une revue du but, des objectifs et du programme complétèrent l'ordre du jour de la matinée. L'après-midi fut dévoué à une revue de l'impact de la quatrième réunion sur la qualité des soins à Boston. La question fut posée "comment le FRAC IV a-t-il contribué à votre programme de planification familiale?" En quatre groupes les anciens rappelèrent aux nouveaux membres le contenu et la méthodologie de cette rencontre et ensemble ils examinèrent leurs progrès. Le résumé de ce qui s'est passé depuis dans les différents pays figure en annexe C.

A la conclusion de cette séance les participants ont remarqué que les membres ont vraiment appliqué ce qu'ils ont retenu de la dernière réunion, que le thème répondait certainement à un besoin commun, et que la participation à cette réunion a fourni des termes de référence plus spécifiques pour ceux impliqués dans les efforts d'améliorer la QDS. C'est vrai que le FRAC n'a pas lancé des efforts pour améliorer la QDS, mais dans certain cas, la participation a mené à une accélération des efforts. D'autres ont remarqué que leur participation au FRAC les a motivés et leur a donnée plus de confiance en ce qu'ils font. Finalement, quelques membres se sont développés en experts en la matière et sont régulièrement invités à faire des communications aux conférences et réunions organisées par le ministère de la santé; ainsi les bénéfices du FRAC intéressent tous les ministères qui commencent à les exploiter.

Mardi 29:	Définition commune de décentralisation, communication sur la décentralisation, simulation du processus de décentralisation
-----------	--

A travers un exercice de brainstorming sur la question "quelles sont les caractéristiques essentielles d'un système décentralisé", les participants ont procédé à un regroupement et un classement de caractéristiques. De ce classement ressort que la décentralisation se caractérise par:

1. une volonté politique
2. un processus
3. une organisation
4. une coordination
5. des ressources
6. et des résultats (voir annexe D. pour détails).

Ensuite ce fut l'intervention pour amener les participants à définir le concept de décentralisation et sa terminologie. La définition retenue est: **un transfert de pouvoir de décision et d'exécution du niveau central jouant le rôle de tutelle au niveau local ou inférieur.** Ce transfert se concrétise par une autonomie totale. Dans ce système, l'organe central ne se préoccupe pas du processus mais du résultat que doit produire le niveau local. Enfin, l'entité décentralisée est dotée d'une personnalité juridique. Alors, la décentralisation implique: la volonté politique de décentraliser, le mécanisme effectif de décentralisation (le processus), et le résultat qui est l'efficience et la satisfaction de la population desservie.

Certaines conditions préalables ont été retenues pour réaliser une décentralisation complète, à savoir:

- l'existence de la volonté politique de décentraliser
- les compétences du personnel à tous les niveaux
- l'existence du mécanisme de mise en oeuvre
- un cadre juridico-administratif
- des ressources
- l'implication du leader local.

Finalement, un schéma d'implantation de la décentralisation a été proposé, qui suppose d'une part la réunion des préalables et l'élaboration d'un modèle pour chaque sous-système de gestion à décentraliser:

Délégation →	Déconcentration →	Décentralisation
Transfert limité de pouvoir de décision qui porte sur certaines tâches bien déterminées. Le délégant reste toujours responsable de résultats produits par le délégataire.	Transfert partiel de pouvoir de décision et d'exécution portant sur certains aspect de gestion de niveau central à l'organe local. Il s'agit d'un transfert concrétisé par une autonomie conditionnelle.	Transfert de pouvoir de décision et d'exécution du niveau central jouant le rôle de tutelle au niveau local ou inférieur, concrétise par une autonomie totale. L'entité décentralisée est dotée d'une personnalité juridique.

Deux autres formes de décentralisation existent: **la dévolution**, qui consiste en un transfert sélectif de pouvoir de décision portant sur un secteur précis d'activités, du reste plus étendu. C'est donc un transfert sectoriel qui se concrétise par la création d'un office national par exemple (comme l'ONAPO). L'autre est **la privatisation** qui est un transfert de pouvoir de décision qui prend un caractère privé. Ce caractère est fonction de la participation de l'organe central dans la gestion de l'organe privé. Selon le cas, il peut s'agir de l'entité purement privée ou de l'entité étatique.

Dans l'après-midi, l'exercice de la simulation de Pandora, déjà connue par les anciens a été utilisée pour démontrer les problèmes rencontrés dans un système en train de se décentraliser. Les participants se regroupaient en six entités: les bailleurs de fonds qui insistent sur la

décentralisation, le niveau central qui a la volonté politique mais pas les moyens, le niveau régional, impatient d'exercer ses pouvoirs, le niveau départemental, coincé entre les demandes des niveaux supérieurs et inférieurs, le dispensaire rural qui se sent isolé du système de santé, et finalement les villageois qui ont leurs propre agenda.

La simulation prit tout l'après-midi. Avant de clôturer la séance, les participants remarquaient que tout le monde avait tendance à agir selon une réalité vécue et que la simulation exigeait une gymnastique cérébrale qui permettait une utilisation rationnelle des ressources disponibles.

Mercredi 30:     Analyse de la simulation, conclusions sur le processus de décentralisation en général et dans le contexte africain, identification des éléments de la décentralisation
---

L'analyse de la simulation a montré les différentes démarches vers la décentralisation prises aux différents niveaux: l'association au développement des plans, le recensement des besoins aux niveaux inférieurs, la supervision, la création d'une plate-forme de concertation, la rétro-information, la formation du personnel, etc. La simulation a également renforcé la notion que la mise en oeuvre progressive du processus de la décentralisation relève de trois facteurs essentiels:

- **LA VOLONTÉ POLITIQUE**
- **LA DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**
- **LA DISPONIBILITÉ DES COMPÉTENCES**

A ces trois éléments fondamentaux s'ajoutent le respect des structures et celui des valeurs traditionnelles. Sur la base des expériences vécues, la question fut posée si la décentralisation vaut la peine. Les avantages suivants ont été cités (qui rejoignent ceux évoqués par Vaughan (1990)), à savoir:

- la satisfaction des besoins de la population
- la responsabilisation du personnel
- une meilleure gestion des ressources
- une répartition efficace des ressources
- la participation et responsabilisation de la population
- une prise de décision plus rapide et rapprochée du niveau de l'exécution
- l'allégement des processus au niveau central
- une meilleure intégration des activités
- une meilleure coordination/collaboration inter-sectorielle
- la durabilité/l'accélération des programmes.

A la reprise l'après-midi, la construction d'un "mind-map" a permis de recenser tous les éléments indispensables sur lesquels peut porter la décentralisation. Les participants ont été invités à choisir par vote parmi tant d'éléments, les plus importants. Cinq thèmes ont été retenus: LA GESTION, LES RESSOURCES, LE POUVOIR DE DÉCISION, LA PLANIFICATION, ET LA PARTICIPATION. Ces thèmes ont été répartis entre les 5 groupes de participants. Chaque groupe fut appelé à

définir les préalables à la décentralisation en relation avec le thème choisi et à donner un modèle type de cette décentralisation.

Jeudi 1: Présentation préalables et modèles typiques. Préparation questionnaires pour visites sur le terrain

Les préalables à la décentralisation ont été proposées ainsi que des modèles typiques sur les cinq aspects du concept de la décentralisation. Des discussions s'est dégagé le résumé suivant:

**Ressources:** La décentralisation concerne aussi bien les ressources humaines, financières que matérielles. Ces dernières sont souvent conditionnées par la volonté politique matérialisée, et par la volonté de participation effective au niveau local. Elles impliquent par ailleurs la formation du personnel local en matière de gestion.

**Participation communautaire:** Cette rubrique a mis l'accent sur la nécessité de favoriser l'expression par la population des besoins, et elle a souligné l'utilité des études du milieu en ce qui concerne l'identification des éléments favorables à la participation communautaire. Enfin on peut prévoir dans ce sens un modèle typique de co-gestion qui, s'articule sur une structure villageoise de responsables, bénéficiant d'un appui de techniciens pour son fonctionnement.

**Planification des activités:** Il s'agira dans ce cas précis de parvenir à un modèle de planification opérationnelle qui découle d'une planification stratégique. L'ensemble sera soutenu par la précision des tâches et des rôles à jouer au niveau local en fonction du cadre et des activités spécifiques.

**Gestion:** Le schéma proposé a occasionné un débat sur la supervision, qui selon l'assistance, joue un rôle important dans toute gestion, surtout dans celle d'un système décentralisé pour éviter l'anarchie. Le thème a permis d'entrevoir les différences entre la supervision, le contrôle et l'évaluation.

**Pouvoir de décision:** Il a été ressenti que le processus de décentralisation fait apparaître que le pouvoir de décision est la pièce maîtresse de la décentralisation et qu'il doit être requis à tous les niveaux.

Ensuite, chaque groupe a construit un questionnaire pour aider à évaluer le degré de décentralisation observé sur le terrain. Bien que dans l'annexe (E.) ces questionnaires sont reproduits par éléments, lors des visites sur le terrain chaque groupe de sortie a harmonisé les 5 questionnaires.

Vendredi/Samedi 2/3: Visites sur le terrain (Kigali rural, Gitarama, Kibungo, Ruhengeri et Gisenyi)

Sous la direction du délégué de l'ONAPO les participants se sont dispersés dans les cinq régions pour observer la mise en pratique du concept de décentralisation. Chaque groupe a visité des centres de santé, des dispensaires. Un dîner avec les autorités locales a permis d'approfondir les observations et d'échanger des points de vue.

Lundi 5:	Echange des expériences des visites sur le terrain, synthèse, conclusions, débats/commentaires à propos de la documentation distribuée (expériences dans d'autres pays)
----------	---

Les groupes de sorties ont partagé les expériences avec leurs collègues selon le canevas suivant: présentation des membres des équipes, centres visités, impressions générales perçues, les constats faits par rapport au niveau de la décentralisation, au pouvoir de décision, à la gestion, à la participation communautaire, à la planification, à l'évaluation, et enfin à la situation de leurs pays respectifs en comparaison à la situation du Rwanda (voir annexe F. pour observations en détails par groupe de sortie)..

Dans l'après-midi, les participants furent invités à débattre les expériences décrites dans la documentation fournie à chacun (voir annexe G.). A travers une technique appelée le "bol au poisson" (fishbowl) quatre participants à la fois ont pu présenter ou rejeter des idées pertinentes à la décentralisation tirées de la documentation. L'originalité de ce débat était constitué par une participation active et dynamique qui permettait de défendre les positions les plus difficiles et avec toute une gymnastique mentale pour trouver des justifications les meilleurs à des positions qui n'élèvent pas toujours la position réelle de celui qui la soutenait.

A l'issue des débats l'ensemble des participants a pu sortir que la décentralisation est un processus continu qui se remet toujours en question pour atteindre la perfection. En conclusion, le FRAC a retenu que..

*...il ne peut y avoir la décentralisation sans la volonté politique...*

*...qui est sous-tendue par des actes législatifs...*

*...qui sont conditionnées par la réalisation d'un certains nombre de préalables...*

*...qui sont indispensables à l'assise d'un système cohérent...*

*.. qui doit tenir compte d'un environnement social adapté...*

*...avec des comportements adéquats.*

Mardi 6:	Etat actuel et stratégies adoptées dans les pays membres par rapport aux éléments identifiés prioritaires. Dynamique de changement et rôle du leader dans ce processus, préparation plans d'action
----------	--

Ayant exploré le concept de la décentralisation en théorie et dans la pratique, la 3ème étape a démarré avec la consigne de choisir l'élément considéré comme prioritaire dans le système de décentralisation par chaque participant en fonction de la structure à laquelle il appartient, et, plus

spécifiquement de répondre aux questions suivantes: Quel est l'état actuel de décentralisation de l'élément choisi comme prioritaire; et quelle stratégie pourrait-on utiliser pour décentraliser cet élément? Cinq groupes ont été constitués pour réfléchir à ces questions à partir des thèmes identifiés auparavant (participation communautaire, pouvoir de décision, ressources, planification des activités, et gestion).

L'après-midi fut dévoué au processus de changement. Après la projection d'un film abstrait qui illustre une tentative de changement qui n'a pas abouti du fait de la non-adhésion de la communauté, les participants ont retenu les conclusions suivantes:

- ▶ Allez avec tact et discernement vers le changement, c'est-à-dire focaliser la sensibilisation sur ceux qui vont perdre le pouvoir.
- ▶ Persévérez en cas d'insuccès.
- ▶ Faites preuve de créativité.
- ▶ Opérez un changement progressif.
- ▶ Envisagez toutes les éventualités.
- ▶ Elisez un leader reconnu et accepté de la communauté, qui est, lui-même convaincu de la nécessité du changement.

La dernière phase de la journée a été l'élaboration du plan d'action par pays ou par domaine d'intérêt selon la schéma suivant: situation actuelle, objectif(s), stratégie(s), activités, suivi-évaluation.

Mercredi 7: Préparation et présentations des plans d'action
---

Les participants ont choisi les sujets suivants pour leurs plans d'action:

- La décentralisation du matériel et produits contraceptifs au niveau provincial (Burkina Faso)
- La décentralisation de la formation et du recyclage du personnel au niveau intermédiaire et périphérique (Cameroun, Côte d'Ivoire, Mali, Niger, Sénégal, Togo, Rwanda)
- La décentralisation de la gestion du personnel (Togo/ATBEF)
- La décentralisation du pouvoir de décision sur les finances régénérés par les centres de santé (Guinée)
- La décentralisation de la supervision (Burundi et Maroc)
- La participation communautaire (Haïti)

En groupes constitués sur une base géographique, les participants ont ensuite écouté les présentations des projets de plans par pays, et discuté et enrichi les différentes productions par pays (voir annexe H. pour les plans entiers).

Enfin, en plénière, le groupe s'est reconstitué pour partager les impressions et sentiments émanant de ce partage des idées sur la décentralisation. Il ressort donc de ces impressions générales que

beaucoup reste à faire dans le cadre de la participation communautaire quant à la sensibilisation. Il y a nécessité d'utiliser les clients satisfaits, les leaders traditionnels, religieux et politiques dans l'activité de sensibilisation. Ils soulignaient également l'importance critique de l'acquisition des compétences dans le cadre de la gestion et de la supervision permettant de déléguer les pouvoirs du niveau central au niveau périphérique. Finalement, le constat était fait que, dans le cadre de la formation, beaucoup d'éléments, beaucoup de ressources sont en place dans certains pays notamment les équipes de formation, et d'autres ressources, et ne demandent qu'à être utilisés (Mali, Sénégal, Togo, Cameroun, Burkina Faso, Mali).

Les séances de travail ont été clôturées avec les conclusions suivantes:

*La décentralisation en soi est pertinente dans la situation actuelle de nos pays qui expriment cette volonté de décentraliser les programmes. Il se dégage l'idée que la PF est le moteur qui impulse une modification du système actuel de gestion dans nos pays. Mais cependant sa réalisation ou sa mise en application n'est pas facilement réalisable, et que tout ne peut pas être décentralisé. Ceci entraîne une certaine appréhension du développement à la base des programmes décentralisables étant donné qu'il s'agit d'un processus continu englobant un ensemble d'éléments. La décision émanant d'une volonté politique peut-être impulsée à la base par la communauté ou par les populations concernées. Dans la décentralisation, l'évolution en solitaire entraîne des problèmes sérieux. Il faut rester uni et solidaire à la communauté, avoir foi et courage. Il faut se poser la question de façon continue: Est-ce que la population desservie est satisfaite? Existe-t-il de l'efficacité dans cette décentralisation? Faut-il forcément décentraliser?*

## VIII. EVALUATION DU FRAC

L'évaluation du FRAC se fait à différents niveaux. D'abord, après chaque réunion un simple questionnaire est administré pour évaluer l'utilité de la rencontre et de recueillir commentaires et recommandations. Le dépouillement du questionnaire du FRAC V est présenté dans l'annexe I. L'évaluation est très positive et renforce les impressions de l'équipe d'encadrement ainsi que les observateurs que le FRAC joue un rôle important et complémentaire aux efforts d'assistance technique fournis dans le cadre des programmes d'appui à la planification familiale en Afrique francophone (et Haïti) par l'USAID et d'autres bailleurs de fonds.

Deuxièmement, un effort systématique a été fait d'évaluer l'impact de la réunion antérieure à travers deux approches. Au début de la réunion, tout un après-midi a été consacré à une revue des activités en matière de qualité des soins (thème de la quatrième réunion à Boston) qui ont été effectuées depuis par les membres du FRAC IV. (Voir annexe C.). En plus, une douzaine des anciens membres du FRAC ont été interviewés par M. Emmanuel Munyambuga de l'ONAPO. Le dépouillement de ces interviews fera le sujet d'un rapport séparé.

## IX. REFLEXION SUR LE FUTUR DU FRAC

Une réflexion a été organisée autour de la tenue du FRAC VI. Plusieurs propositions ont été faites:

1. La supervision, l'évaluation et le contrôle
2. La planification stratégique
3. L'autosuffisance
4. La participation communautaire.

Par moyen de vote il a été retenu que le thème de ce FRAC sera la supervision au niveau national des structures de PF/SMI. La Tunisie s'est proposée comme pays pouvant abriter le FRAC VI.

Après la clôture officielle, la plupart des membres participants se sont réunis pour discuter de l'avenir du FRAC. Etant donné que chacun croit en l'importance de continuer ces rencontres annuelles, les organisateurs ont recueilli des recommandations par rapport au financement futur du FRAC dans le cas où l'USAID décide de diminuer ou ne plus financer les réunions.

Les recommandations incluaient la recherche d'autres bailleurs de fonds comme par exemple le CEE, le FNUAP, ou l'IPPF (bureaux régionaux et siège pour couvrir les frais des participants des associations de bien-être familial comme l'AMPPF, l'AGBEF, l'ATBEF et PROFAMIL) et des stratégies pour promouvoir et disséminer l'impact du FRAC.

En plus, les membres participants ont demandé aux organisateurs de prendre les dispositions nécessaires pour assurer une continuité de participation d'une année à la prochaine. L'expérience de 5 réunions a montré que cette continuité joue un rôle important dans le succès de la rencontre.

## X. ANNEXES

- A. Liste de participants, observateurs et encadreurs
- B. Programme détaillé
- C. Accomplissements depuis FRAC IV (qualité des soins)
- D. Caractéristiques essentielles d'un système décentralisé
- E. Questionnaires
- F. Rapports des visites sur le terrain
- G. Documents distribués et recommandés
- H. Plans d'action
- I. Evaluation FRAC V

## A. LISTE DE PARTICIPANTS, OBSERVATEURS ET ENCADREURS

PAYS	NOM	FONCTION/ORGANISME	ADRESSE
BURKINA FASO	Dr.SORGHO Gaston	Médecin/Direction de la Santé de la Famille	Direction de la Santé de la Famille B.P. 7247 Ouagadougou, BURKINA FASO tel (bureau) (226) 306864
	Dr. OUEDRAOGO Toussaint	Assistant de Santé/Direction de la Santé de la Famille	
BURUNDI	Dr. RIRANGIRA Jean	Médecin/Bureau de Coordination du Programme National de PF	Bureau de Coordination du Programme National de PF Rue de l'Hôpital B.P. 2938 (B.P. privé 2743) Bujumbura, BURUNDI tel (bureau) 22-2573 ou 22-2357 tel (privé) 22-0214
CAMEROUN	Mme GUILLAUME Assana	Sage-Femme, Epidémiologiste (Technicienne en Santé Publique)/Service Provincial Santé Familiale et Mentale	Délégation-Santé Publique Service Provincial Santé Familiale et Mentale Projet SESA B.P. 137 Ngaoundere CAMEROUN tel (bureau) 25-13-01 ou 25-12-73
	Mme BOLLANGA Jeannette	Chef de Service Provincial Santé Familiale et Mentale. Coordinatrice du Projet "Santé de la Famille pour le Littoral Douala"	Délégation Provinciale de la Santé Publique pour le Littoral - Douala B.P. 106 Douala CAMEROUN tel (bureau) 42-17-60 ou 42-29-66
COTE D'IVOIRE	Dr. KONE Ibrahim	Coordonnateur du Programme National de Planification Familiale/Ministère de la Santé et de la Protection Social	Ministère de la Santé et de la Protection Social B.P. V4 Abidjan COTE D'IVOIRE tel (bureau) 21-22-91 (dom) 24-72-44
GUINEE	Dr. BANDIAN Sidimé	Directeur Exécutif AGBEF	AGBEF B.P. 1471 Conakry GUINEE tel (bureau) 46-56-27
HAITI	Dr. MICHAUD Gardner	Médecin/PROFAMIL	86 Rue de Champ de Mars B.P. 1493 Port-au-Prince HAITI tel (bureau) 22-57-83/23-90-85/23-91-47
	Dr. PINTRO Serge	Directeur Exécutif/PROFAMIL	

PAYS	NOM	FONCTION/ORGANISME	ADRESSE
MALI	Dr. DOUCOURE Diallo Arkia	Médecin obstétricienne-gynécologue/Chef de la Division Santé Familiale et Communautaire	Chef de la Division Santé Familiale et Communautaire B.P. 1141 Bamako MALI tel (bureau) 22-45-26
	M. DIAKITE Yaya	Directeur des Programmes AMPPF	AMPPF B.P. 105 Bamako, MALI tel (bureau) 22-44-94 ou 22-26-18
MAROC	M. OUCHERIF Brahim	Administrateur Divisionnaire/Service Central de la Planification Familiale	Service Central de la Planification Familiale Ministère de la Santé Rabat MAROC tel (bureau) 69-05-10 (dom) 69-19-57
	M. HAMANE Mohamed	Cadre-Superviseur des activites de PF/V.D.M.S	Service Central de la PF Division de la Population Route de Casa - Km 4 Rabat MAROC tel (bureau) 69-05-10
NIGER	Dr. MAIKIBI Kadiatou	Médecin - Directrice de la Planification Familiale/Ministère du Développement Social	Ministère du Développement Social B.P. 10057 Niamey NIGER tel (bureau) 72-26-31 (dom) 73-40-77
	Dr. SANI Aliou	Médecin/D.D.S.	D.D.S. B.P. 35 (domicile B.P. 12630, Niamey NIGER) Agadez NIGER tel (bureau) 44-00-63 (dom) 510749

PAYS	NOM	FONCTION/ORGANISME	ADRESSE
RWANDA	Mme. HABIMANA Nyirasafari Gaudence	Directrice/ONAPO	Office National de la Population (ONAPO) B.P. 914 Kigali, RWANDA tel (bureau) 74793 ou 74394
	Dr. HAKIZIMANA Evariste	Chef de Service Etudes et Programmes/ONAPO	
	Dr. MUNYAKAZI Alphonse	Chef de Section Santé Familiale/ONAPO	
	Dr. KAMANZI Castul	Chef de Sous-Section IEC/ONAPO	
	Dr. BAJANYA Vincent	Chef-Adjoint de la Section Santé Familiale/ONAPO	
	Dr. RUKUNDO Sosthène	Médecin/Ministère de la Santé	Ministère de la Santé B.P. 84 (domicile B.P. 404) Kigali, RWANDA tel (bureau) 74866 fax 77453 tel (dom) 83480
SENEGAL	Mme. DIOP Marième	Directrice PSFP/Ministère Santé Publique et Action Sociale	Ministère Santé Publique et Action Sociale B.P. 1748 (domicile B.P. 2672) Dakra, SENEGAL tel (bureau) 25-11-35 fax 22-00-69 (dom) 23-09-13
TOGO	Mme. CAPO-CHICHI Antoinette	Assistante Médicale/Division de la Santé Familiale	Division de la Santé Familiale (domicile B.P. 12821) Lomé TOGO tel (bureau) 21-20-14 (dom) 21-38-45
	Mme. AGOUNKE Kekeli	Sociologue/ATBEF	ATBEF rue Dosseh, Près de la Clinique Fraternité B.P. 4056 (domicile B.P. 80048) Lomé, TOGO tel (bureau) 21-41-93 telex 5046 INFED TO IPPF LOME (dom) 21-69-65
TUNISIE	Dr. CHADI Ridha	Directeur - Division Médicale/Office National de la Famille et de la Population	Office National de la Famille et de la Population 42 Avenue de Madrid Tunis TUNISIE tel (bureau) 24-80-88 fax 354 507 telex: 15 164 TN
	M. BELTAIEF Ahmed	Directeur - Division de la Coopération Internationale	

PROJET/ORGANISME	NOM	FONCTION	ADRESSE
------------------	-----	----------	---------

IPPF/HAITI	Dr. Pierre MAGLOIRE	Directeur du Projet/IPPF/WHR - PAPFO (Haïti)	IPPF/WHR - PAPFO 16 rue Faubert Petion Ville Haïti tel (bureau) (509) 57-2312 ou 57-1103 fax 57-2314 (tel dom 57-5469)
SEATS/ZIMBABWE	Dr. WAMBURU Ndugu	Conseiller Médical Régional/SEATS	CNR Union Avenue 1st Street UDC Center Private Bag 308-B Harare ZIMBABWE tel (bureau) (263-4) 738951 fax 738952
MSH	Dr. Sara SEIMS	Directrice - Programme Population/MSH	Management Sciences for Health 400 Center Street Newton, MA 02158 USA tel (617) 527-9202 fax 965-2208
	Dr. Dick ROBERTS	Chef d'Equipe et Conseiller Technique de MSH auprès de l'ONAPO	C/O ONAPO B.P. 914 Kigali, RWANDA 74793 ou 74794

ENCADREMENT TECHNIQUE	Professeur BULA-BULA LieLie (consultant FPMD) M. Ralph STONE (Directeur, Division Formation - CEDPA) Mme. Sylvia VRIESENDORP (Responsable FRAC - FPMD) Mme. Claire MADDEN (Responsable programmes Afrique - FPMD)
ENCADREMENT ADMINISTRATIF ET LOGISTIQUE	Mme MIVUMBI Rita (ONAPO) Mlle Anne WILLIAMS (MSH)

**B. PROGRAMME DETAILLE FRAC V - RWANDA**

<b>JOUR</b>	<b>ACTIVITES</b>
<b>DIM 27</b> 16:00 -17:00	Réunion avec les délégués et staff ONAPO
<b>17:00 -19:00</b>	Réception de bienvenue, vidéo FRAC IV
<b>LUN 28</b> 09:00 -10:00	Cérémonie d'ouverture: Représentant MSH, Directrice ONAPO, Ambassadeur Etats-Unis, Ministre de la Santé
10:30 -11:30	Exercice d'introductions
11:30 -12:00	Informations administratives, présentation programme, normes
14:00-14:45	Discussions en petits groupes sur les échos du FRAC IV
15:00 -17:00	Présentations par groupe en plénière
<b>MAR 29</b> 08:30 -08:45	Rapport journalier
08:45 -10:15	Identifier définition commune à travers technique "cartes"
10:30 -11:30	Communication sur théories, questions et réponse, plénière, synthèse
11:30 -12:00	Introduction simulation Pandora, répartition en groupes
14:00 -17:00	Simulation de Pandora
<b>MER 30</b> 08:30 -08:45	Rapport journalier
08:45 -10:15	Analyse simulation (travaux en groupes et en plénière)
10:30 -11:30	Suite analyse Pandora. Communication sur rôle d'un leader dans le processus de décentralisation
11:30 -12:00	Communication sur la décentralisation et le contexte culturel africain
14:00 -15:00	"Mindmap" (diagramme associatif") et vote

<b>JOUR</b>	<b>ACTIVITES</b>
15:15 -16:15	Tables rondes pour chacun des 5 éléments votés prioritaires (suivant vote)
16:15 -17:00	Présentations par table, discussions, synthèse
<b>JEU 1</b> 08:30 -8:45	Rapport journalier
08:45 -10:15	Identification en groupes (éléments) questions à poser
10:30 -11:45	Présentations et discussions
11:45 -12:00	Clarifier tâche et présentation à préparer pour lundi, harmonisation des questionnaires éléments par groupe
15:00	Départ sorties
soir	Dîner avec autorités locales
<b>VEN 2</b>	Visites sur le terrain
<b>SAM 3</b>	Visites sur le terrain, départ pour Gisenyi
<b>LUN 5</b> 08:30 -09:00	Rapport journalier, introduction des nouveau-arrivés
09:00-10:30	Discussions en groupe de sortie. Préparation des présentations
10:30 -12:00	Présentation par groupe, synthèse et conclusions
14:00-17:00	Débats en "bol de poisson" sur thèmes retenus de la documentation
<b>MAR 6</b> 08:30 -08:45	Rapport journalier
08:45 -10:30	Nouveaux groupes par sous-système discutent situation actuelle et stratégies adoptées
10:30-12:00	Présentations par groupe
14:00 -15:00	Film "Refiner's Fire" (6 minutes), suivi par discussion en plénière

<b>JOUR</b>	<b>ACTIVITES</b>
15:15 -17:00	Présentation de la tâche (plans d'action)
<b>MER 7</b> 08:30 -09:00	Rapport journalier, où en sommes nous, identification des thèmes des plans d'action
09:00-12:00	Préparation des présentations des plans d'action, présentations en sous-groupes, commentaires et synthèse en plénière
12:00 -12:30	Synthèse du FRAC V
20:00	Soirée récréative
<b>JEU 8</b> 08:30 -08:45	Rapport journalier
8:45 -10:00	Discussion en plénière sur thème et lieu prochain FRAC
10:30 -11:00	Discours de clôture des représentants de l'ONAPO, de la préfecture de Gisenyi et du Ministère de la Santé
11:30 -12:00	Discussion sur le futur du FRAC
18:00	Réception ONAPO

**C. ACTIVITES ENTREPRISES DEPUIS FRAC IV (QUALITE DES SOINS)**

COUNTRY	ACTIVITES
BURKINA FASO	Eléments de la QDS pris en compte dans une recherche (analyse situationnelle) du programme de PF = document national de base pour l'évaluation du programme. Document standard et politique de PF approuvé.
BURUNDI	Plan d'action réalisé: introduction de diversité dans la gamme des méthodes PF au niveau périphérique; élaboration des normes et standards pour SMI/PF.
CAMEROUN	Elaboration des instruments pour mesurer la QDS; formation (appropriée: QDS) des prestataires en PF clinique/IEC; extension des services PF de 2 à 15 centres; supervision du personnel et formation en QDS.
GUINEE	Intégration de la PF dans les présentations de SMI; élaboration des normes et standards de services - outils de gestion uniques pour privé et public, modules de formation (IEC, management, technologie contraceptive). Actuellement en cours: séminaire sous-régional (8 pays) sur la QDS à Conakry.
HAITI	Révision des normes CCV et Norplant, sensibilisation (formation) du personnel (différentes catégories) en QDS, amélioration de l'accueil à tous les niveaux (meilleure identification des centres, promotion de PF). Séminaire national sur la QDS prévu, mais reporté à cause de contraintes politiques.
MALI	La réorganisation (intégration SMI/PF, amélioration de l'accueil) a continué; contributions aux discussions sur la QDS dans les réunions au niveau du ministère par membre FRAC; AMPPF: formation des agents spécialisés en counseling, efforts de renforcer l'intimité, meilleure identification du siège.
MAROC	Implication des médecins dans la prestation des services PF (formation) et la QDS.
NIGER	Plan d'action pour un projet de magasin régional de distribution de contraceptifs: documents de gestion, ressources (formation et construction) à intégrer dans un plan national en cours d'exécution. Au niveau provincial: normes établies et utilisées; utilisation des techniques (démontrées lors du FRAC IV) pour définir les priorités par rapport à un problème et pour la formation à l'analyse de la qualité des prestations pour les chefs de districts de santé.
RWANDA	Mise en place des outils pour le suivi des prestations de PF; standards de supervision par niveau (central, régional, CS); standards de prestations de service en SMI/PF; projet d'étude sur la gestion des effets secondaires; manuel de gestion de la distribution à base communautaire; révision des curriculums de formation pour améliorer QDS; création de nouveaux centres de service; formation infirmières, sages femmes et médecins.
TOGO	Public: Mise au point d'un support de supervision; amélioration de QDS par une supervision technique régulière; décentralisation des services PF à la base (motivateurs de terrain, accoucheurs traditionnels); symposium PF; adoption/légalisation document sur les politiques et standards PF; révision/amélioration de la fiche de PF. ATBEF: Evaluation et rationalisation des procédures de travail du personnel, efforts de renforcer l'intimité des clients.

## D. CARACTERISTIQUES ESSENTIELLES DE LA DECENTRALISATION

VOLONTE POLITIQUE	PROCESSUS	COORDINATION	PARTICIPATION	RESSOURCES	ORGANISATION
TRANSFERT TOTAL DE POUVOIR	AUTO-GESTION	COORDINATION SOUS TUTELLE	FORTE PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE	DISPONIBILITE DES RESSOURCES (HUMAINES, MATERIELLES, FINANCIERES)	DEFINITION TACHES A CHAQUE NIVEAU (NORMES)
DELEGATION DE POUVOIR	AUTONOMIE DE FONCTIONNEMENT	SUPERVISION TECHNIQUE PAR LE NIVEAU CENTRAL	IMPLICATIONS DES BENEFICIAIRES	AUTONOMIE (RESSOURCES)	ORGANISATION
AUTONOMIE DE DECISION	PROGRAMME SECTORIEL REGIONAL	AUTO EVALUATION	EXISTENCE DE PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE	EXISTENCE DES COMPETENCES A CHAQUE NIVEAU	DEFINITION DOMAINE D'ACTION
TRANSFERT TOTAL DE L'AUTORITE	AUTO-GESTION	COORDINATION ET SUIVI ET EVALUATION	PARTICIPATION	DISPONIBILITE DES RESSOURCES	
DELEGATION DE POUVOIR ET DE RESPONSABILITES (PRISE DE DECISIONS)	EXECUTION DES PLANS	CIRCULATION RAPIDE (EFFICIENTE) D'INFORMATION	EXISTENCE D'UNE COLLABORATION INTERSECTORIELLE		
POUVOIR DE DECISIONS A TOUS LES NIVEAUX	AUTONOMIE DE GESTION A CHAQUE NIVEAU				
CHOIX POLITIQUE REELLE	CAPACITE DE GESTION A CHAQUE NIVEAU				
DELIMITATION GEOGRAPHIQUE ZONE D'ACTION	MISE EN PLACE D'UN SYSTEME DE GESTION ADEQUAT				

## E. QUESTIONNAIRES POUR DETERMINER LE DEGRE DE DECENTRALISATION

### Participation Communautaire

Y a-t-il des membres de la communauté qui participent à la co-gestion du centre de santé?

Existe-t-il une structure formalisée qui anime cette participation?

Comment cette structure a-t-elle été mise en place?

Comment les membres ont-ils été choisis (critères) ?

Quel est le rôle précis de la structure?

- limites
- forces
- poids
- participation à la planification
- exécution
- évaluation/supervision
- gestion des ressources financières

Existe-t-il un cadre légal ou juridico-administratif qui stimule et qui précise les modalités de mise en place de cette structure de gestion du centre de santé et de la participation communautaire et qui protège cette structure?

Si oui, la communauté en est-elle informée?

Y a-t-il un rapport d'activités ou un rapport financier? Produit par qui? Adressé à qui?

Quel est l'apport de la communauté au système (matériel, finances, temps...)?

### Planification des Activités

Votre système, est-elle décentralisée? (OUI, NON)

(OUI) Avez-vous un document légalisant la décentralisation?

(NON) Aimeriez-vous que votre système soit décentralisé?

Y a-t-il un plan national de décentralisation?

Y a-t-il un plan national de santé?

Avez-vous une copie de ces plans?

Connaissez-vous les objectifs nationaux en matière de population et de santé?

(OUI) Quels sont ces objectifs?

Savez-vous comment est composée votre population?

Connaissez-vous les indicateurs de santé pour votre région et pour le pays?

Avez-vous un plan d'action?

Par qui et comment ce plan a-t-il été élaboré?

Qui doit l'approuver?

Qui est responsable de son exécution?

Avez-vous les ressources nécessaires? (humaines, financières, matérielles)?

Qui est responsable des programmes?

Qui est responsable des finances?

Qui a élaboré les descriptions de tâches?

Qui a le pouvoir de les modifier?

Qui a défini les besoins en formation?

Où avez-vous reçu la formation? (Y a-t-il de la formation décentralisée au niveau régional?)

Dans le plan d'action, qui a fixé les objectifs?

Pensez-vous qu'ils sont réalistes? Pourquoi?

Plan d'action: Sur quoi on s'est basé pour l'élaborer?  
Quels types d'activités menez-vous?  
Avez-vous un système de supervision? Par qui? Comment? Quand?  
Avez-vous un système de gestion de l'information? Qui? Comment? Quand?  
Avez-vous un système d'évaluation? Qui? Comment? Quand?  
Faites-vous des rapports? A qui? Comment? Quand?  
Faites-vous des recherches? Pour qui? Quand? Quel type?

## **La Gestion des Ressources Humaines**

Existent-ils des textes législatifs et réglementaires qui vous permettent de gérer librement votre personnel?

Sous questions: La loi, vous permet-elle de recruter votre propre personnel?

D'être impliqué d'une manière ou d'une autre dans le recrutement?

D'intervenir dans le processus de promotion ou d'avancement du personnel sous votre autorité? De quelle manière?

D'avoir une certaine influence dans la fixation des salaires du personnel sous votre autorité?

En ce qui concerne la gestion de carrières de votre personnel, les textes réglementaires et législatifs qui régissent votre organisation, prévoient-ils que vous ayez une influence quelconque dans la domaine de retraite, redéploiement du personnel...)?

Disposez-vous des ressources nécessaires pour assurer la gestion du personnel (ressources financières, ressources humaines)?

Concernant les ressources financières, disposez-vous directement ou indirectement des allocations budgétaires pour tous les aspects de la gestion des personnels? (recrutement, gestion des carrières, etc.)

Les ressources humaines disponibles, permettent-elles une bonne gestion du personnel?

Quels sont les différentes ressources disponibles intéressées par le processus de gestion (recrutement, promotion, etc.)?

Les normes et standards, soient-ils définis?

La qualification du personnel par type de structure sanitaire est-elle définie?

Le nombre d'agents par qualification et par structure sanitaire est-il précis?

Est-ce que chaque structure sanitaire possède un organigramme fonctionnel par rapport à lui-même et par rapport aux autres échelons supérieurs et inférieurs?

Existe-t-il une description de poste et une répartition de tâches au niveau de différentes structures sanitaires?

Existe-t-il un calendrier de congé du personnel par niveau?

Existe-t-il un calendrier de concertation?

Existe-t-il un plan de développement des ressources humaines? (Formation)

Avez-vous reçu une formation en gestion de ressources humaines?

Existe-t-il un dossier individuel du personnel?

Existe-t-il un outil de supervision et d'évaluation du personnel?

## **Gestion**

Existe-t-il un système de planification dans votre structure?

Si oui, à quel niveau?

Qui fait cette planification?

Comment ce fait cette planification?

Quelle est la fréquence de cette planification?

Quels sont les moyens dont vous disposez pour planifier?

Si non, existe-t-il la volonté et les moyens de planifier à votre niveau?  
Existe-t-il un système de supervision à votre niveau?  
Si oui, par qui?  
Avez-vous un programme de supervision?  
Quels sont vos outils de supervision?  
Quels sont les moyens qui sont alloués pour cette supervision?  
Pourquoi êtes-vous supervisé?  
Si non, pensez-vous entamer un système de supervision?  
Quels système désiriez-vous entamer? (centralisé, décentralisé)  
Avez-vous un système d'évaluation?  
Si oui, pourquoi?  
Avez-vous un programme d'évaluation?  
Quels sont vos outils d'évaluation?  
Avez-vous un système de contrôle?  
Si oui, qui fait le contrôle?  
Avez-vous un programme de contrôle?  
Comment se fait ce contrôle?  
Avez-vous un système d'information?  
Si oui, lequel?  
Comment est géré ce système?  
Si non, pensez-vous entamer un système d'information?

## **Pouvoir de Décision**

Volonté politique: est-ce les autorités gouvernementales ont exprimé leur désir de décentralisation?  
Si OUI, comment?  
Textes: existent-ils des lois juridiques soutenant ce désir de décentralisation? Est-ce que les lois reflètent vos besoins?  
Délimitation géographique: existe-t-il un cadre de décentralisation?  
Y a-t-il disponible des données (statistiques sur le personnel le matériel, etc)?  
Objectifs: pourquoi faites-vous la décentralisation?  
Tâches, normes standards: est-ce qu'ils existent?  
Organigramme: existe-t-il?  
Si OUI, qui l'a élaboré?  
Formation: qui décide où se fait la formation (par type de formation)?  
Evaluation: est-ce qu'il existe un plan d'évaluation? A votre niveau y a-t-il une unité qui est responsable pour l'évaluation? Qui est responsable? Comment se fait l'évaluation au plus bas niveau? Qu'est ce qu'on fait avec des résultats?  
Information: Quelles sortes de rapports sont envoyées au niveau supérieur et inférieur?  
Auto-évaluation (niveau supérieur): existe-t-il un système d'auto-évaluation? Quel usage en faites-vous? S'il y a des faiblesses dans la mise en oeuvre de votre programme, qu'est ce que vous faites?  
Soutien: quelle est votre perception du niveau supérieur? Comment se manifeste leur soutien de vous?

## F. RAPPORT DES VISITES SUR LE TERRAIN

### RUHENGARI

#### **Impressions générales**

Volonté manifestée de décentralisation et de participation communautaire à travers les animateurs communautaires.

#### **Constats:**

Gestion: un système de planification de gestion à tous les niveaux; comité de gestion élu par la communauté est l'élément essentiel de décentralisation; système de supervision-> administration et programme; information gérée dans un système intégré.

Ressources humaines: efforts de développer les ressources humaines à tous les niveaux; efforts de décentralisation de la formation; recrutement->sous contrat décentralisé, sous statut centralisé.

Pouvoir de décision: effort de décentraliser. Allocation budgétaire centralisé; recettes décentralisées; programmation décentralisée; exécution décentralisée.

Participation: participation communautaire décentralisée mais pas légalisée; comité de gestion élu par la communauté-> gestion financière, planification et supervision de gestion OUI, programmation NON; Comité de gestion envoie retro-information envers la communauté; Abakangurambaga-> bénévoles; manque de coordination et collaboration.

Planification des activités: planification et exécution décentralisées; allocation des ressources nécessaires centralisée.

#### **Comparaisons:**

Mali: Décentralisation régionale, forte participation communautaire; ressources début de décentralisation

Haiti: Décentralisation régionale; forte participation communautaire; difficultés de décentraliser au niveau local  
Côte D'Ivoire: Début de définition politique de décentralisation; Prévue à la périphérie.

Cameroun: Décentralisation au niveau régional; forte participation communautaire; ressources centraliser (début)

Burundi: Ressources humaines->50% décentralisation régionale; ressources financières début de décentralisation au niveau régional; faible participation communautaire.

### KIGALI

**Impressions générales:** Accueil chaleureux, encadrement adéquat, adéquation thème FRAC V et réalités du terrain, un système authentiquement décentralisé/en cours de décentralisation (comité de gestion, commune), un système adapté (prestation de services polyvalentes/initiative locale), un système humanisé (indigents, flexibilité de paiement), un système modèle (modèle de référence/rôle social), insuffisance du personnel qualifié.

#### **Comparaisons:**

Modèle type de mise en application des SSP/Alma Ata et Bamako

Le CS: un service sanitaire communal versus un service de santé publique

Prédominance du mode fixe de couverture versus pluralité de modes.

Disponibilité de médicaments à prix modique versus gratuité et pénurie sporadique

Commune et population: contrôle, financement; versus commune et population: organes de contrôles  
 Diversité dans les prestations versus unité dans les prestations  
 PF-->locomotive des autres prestations  
 Objectifs régionaux et communaux versus objectifs nationaux

**Constats:**

ELEMENT	NIVEAU NATIONAL	NIVEAU LOCAL
Ressources	Personnel qualifié Rémunération Matériel médico-technique Médicaments de programme Contraceptifs Vaccins	Personnel d'appui et primes Matériel du bureau Aménagements des centres Fonctionnement Achat de médicaments
Pouvoir de décision	Directives et orientations générales	Comité de gestion Comité de santé Assemblée générale
Planification des activités	Stratégie globale	Plan de développement communal Plan d'action
Participation communautaire	Appui politique	Comité de gestion Fonds de roulement Recettes
Gestion	Supervision Contrôle Evaluation	Autonomie de gestion Planification Programmation des moyens

**GISENYI**

**Impressions générales:** Il existe un cadre et un esprit de décentralisation en général. Les différents niveaux sont imprégnés de leurs rôles et leurs responsabilités, malgré l'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières. La polyvalence du personnel a été un élément qui palie tant soit peu au déficit de l'insuffisance en ressources humaines.

**Constats:**

Pouvoir de décision: Positif: Les procédures qui régissent et réglementent le système semblent exister. Négatif: Toutes les décisions ayant une répercussion financière sont prises au niveau central, inexistence des normes.

Gestion des ressources humaines: Positif: Cotation du personnel au 1er degré. La gestion (répartition des tâches, cotation par niveau, utilisation du personnel, etc...), système de formation continue décentralisé. Négatif: ressources mises à la disposition du centre pour fonctionnement insuffisantes, tutelle au centre floue.

Planification des activités: Positif: répartition des tâches existe, plan d'action avec objectifs au niveau périphérique, polyvalence du personnel. Négatif: pas d'étude approfondie des données démographiques au niveau périphérique.

Supervision: Positif: existence d'un calendrier de passage des superviseurs, support de supervision, visites de supervision intégrées, bonne relation entre niveau régional et périphérique.

Evaluation: Existence du système d'auto-évaluation; font des rapports mensuels au niveau supérieur.

Participation: Participation communautaire existante (comité de gestion) et effective. A Mwianiké c'est un villageois qui en est le président, liens entre les A.T. et les agents du centre, l'autorité administrative (Bourgemestre) fortement impliqué et intéressé par les activités du centre; négatif: absence d'appui matériel (de la part de la communauté)

**Observations pertinentes:**

Existence au niveau du Centre Communal de Développement et de la Formation Permanente d'une politique de détermination des besoins en formation de la communauté, de planification et d'exécution sur place, et aussi de coordination à l'échelle communale. L'existence des comités de gestion au niveau de la communauté, un élément primordial et important pour une structure décentralisée; la polyvalence du personnel des centres de santé.

**Recommandations:**

Trouver un système d'auto-gestion qui permettrait au CCDFP de se prendre en charge; que le centre de santé rayonne d'avantage sur la zone de couverture; qu'il y ait une plus grande décentralisation en matière de gestion du personnel.

**KIBUNGO**

**Impressions générales:** Accueil chaleureux, décentralisation connue au niveau régional; idée précise au niveau terrain; différence nette public-agrée (infrastructure, organisation, ressources).

Pouvoir de décision: niveau terrain: agréé plus autonome, administration et finance; niveau public: limité à organisation interne; niveau régional: autonomie de décision interne à la région.

Participation communautaire: très faible; espoir sur initiative de Bamako, localement pas grande conviction (communes, titulaire), initiative est imposée par la région.

Ressources: insuffisance->élément le moins décentralisé (surtout finances et humaines), espoir indépendance financière par rapport à la commune (Initiative de Bamako et recettes). Pour institution agréée plus de ressources (autres sources). Commune n'est pas impliquée.

Planification des activités: élément le plus décentralisé. Planification à tous les niveaux.

Gestion: outils existent (calendrier de supervision, congé, attributions, carnets, normes, formulaires de rapport registres), circulation de l'information en deux sens (réunions, registres de supervision, etc.), délégation de pouvoir en absence du chef; évaluation: cibles, graphiques, profil épidémiologique.

**Constats:** Décentralisation est une question de ressources, mentalité, (in)formation, et sensibilisation

**Comparaisons:**

Togo: Moins avancé par rapport au Rwanda au niveau structurel et fonctionnel

Mali: Plus avancé par rapport à la participation communautaire, au même stade pour ressources

Sénégal: Participation communautaire avancée mais intégration du personnel de santé dans la gestion communautaire (I.B.)

Haiti: Plus avancé pour prise de décision; au même stade vis à vis gestion de ressources, organisation communautaire un peu plus avancée.

**Constats:**

Volonté Politique: commune: existence d'une volonté politique matérialisée par des textes législatifs et un cadre de décentralisation.

Pouvoir de Décision: commune: décision avec les élus (conseillers communaux), **mais** insuffisance de ressources générées du plan local d'ou une continuité de la dépendance vis à vis du niveau central; centre de santé: voir participation communautaire.

Planification: commune: assurée par les conseillers à travers des conseils communaux et des réunions périodiques; centre de santé: n'est pas arrivé au stade de planification (par exemple annuel), **mais** il existe une liberté de choix des actions à mener pour le comité de santé avec l'appui du conseiller technique (titulaire).

Ressources: **Humaines:** commune: recrutement et prise en charge d'environ 50% des ressources humaines, région sanitaire-gestion des ressources par le Directeur **mais** limite d'action par rapport aux hôpitaux (personnel étatique); centre de santé: personnel technique étatique, personnel de soutien (recrutement local **mais** prise en charge par l'état), tissu de volontaires pourvus par la communauté. **Matérielles:** dépendance vis à vis du niveau central tant à la commune qu'au niveau du centre de santé **sauf** pour le petit matériel. **Financières:** commune: partielle autonomie, financement de petit matériel, soutien aux volontaires, **mais** son fonctionnement dépend en partie du niveau central. Direction sanitaire régionale: finances octroyées en rapport avec les besoins exprimés, existence encore de décentralisation des finances par certains programmes verticaux (SIDA), centre de santé: fonds de fonctionnement autonome (application de l'initiative de Bamako).

Supervision: niveau administratif: n'existe pas une structure formelle de supervision; région sanitaire: existe une équipe régionale intégrée de supervision au rythme trimestriel (matériel-plans), **mais** les fonds sont insuffisants.

Evaluation: commune: évaluation interne (trimestrielle, hebdomadaire); centre de santé: suivi statistiques (finances et activités).

Participation communautaire: centre de santé: existence d'une structure formalisée (Comité de Gestion) composée par des élus des secteurs->contrôle la gestion; préfecture: projet de comité préfectoral de santé.

**Conclusion:** Existence d'une volonté manifeste de décentralisation mais limitée par l'insuffisance des moyens financiers, la verticalisation de certains programmes, manque de l'intégration de l'hôpital dans la D.R.S., et la faiblesse de collaboration intersectorielle.

## **G. DOCUMENTS DISTRIBUES**

Godinho, Joana (1990)

Faire pencher la balance vers les soins de santé primaire: la gestion du changement au niveau local. *Int. J. of Health Planning and Management*, vol. 5, 59-63 (1990). (Traduit de l'anglais: 'Tipping the Balance Towards Primary Health Care': Managing Change at the Local Level.)

Vaughan, Patrick et al (1984)

District Health Planning and Management. Dr. Patrick Vaughan, Anne Mills, Dr. Duane Smith. Publication EPC No 2, Automne 1984 - Evaluation and Planning Centre for Health Care, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni. Extrait, pages 3-5.

Blunt, Peter (1984)

Conditions pour satisfaire les besoins fondamentaux des populations en Afrique grâce aux structures de centralisées de prise de décision. Peter Blunt, *The Journal of Applied Behavioral Science* Vol. 20/No.4/1984.

Weeks, Mark (1986)

Décentralisation de la gestion d'un programme national de vaccination: les problèmes rencontrés et les leçons tirées. Communication à la réunion annuelle du Conseil National pour la Santé Internationale, Washington D.C., 1986.

## **AUTRES DOCUMENTS PERTINENTS (NON-DISTRIBUES)**

Thomason, Jane A., William C. Newbrander and Riita-Liisa Kolehmainen-Aitken

Decentralization in a developing country: The experience of Papua New Guinea and its health service. National Centre for Development Studies. The Australian National University. Pacific Research Monograph No. 25, Canberra 1991.

Kolehmainen-Aitken, Riita-Liisa (1992)

The impact of decentralization on health workforce development in Papua New Guinea. *J. of Public Administration and Development*, Vol.12.175-191 (1992)

Rondinelli, Dennis (1984), John R. Nellis, and G. Shabir Cheema.

Decentralization in Developing Countries: A Review of Recent Experience. World Bank Staff Working Paper nr. 581, Management and Development Series nr. 8.

## H. PLANS D'ACTION

### **RWANDA - DECENTRALISATION DE LA FORMATION**

**Situation actuelle:** 50% des activités sont décentralisées.

**Objectif:** D'ici 1995, rendre tous les intervenants à différents niveaux capables d'assurer eux-mêmes la formation en matière de population/P.F.

**Stratégie:** Impliquer tous les intervenants en matière de population dans la formation

**Activités:**

1. Former les formateurs à tous les niveaux et dans tous les domaines en rapport avec les compétences en formation en SMI/PF/population.
2. Disponibiliser les moyens matériels et financiers.
3. Exploiter les rapports de formation.
4. Donner le feed-back régulier émanant des rapports.

**Suivi:**

1. Supervision des formations la 1ère année, puis trimestriellement les autres années.
2. Evaluation de l'impact dans la 3ème année.

### **BURKINA FASO - DECENTRALISATION DE LA GESTION DU MATERIEL ET PRODUITS DE PF AU NIVEAU PROVINCIAL**

**Situation actuelle:**

- Centralisation au niveau de la DSF du matériel et produits de PF qui existent en quantité
- Difficulté du contrôle du magasin
- Besoins non-satisfaits au niveau provincial
- Perspective de décentralisation des prestations au niveau provincial et périphérique

**Objectif:** Rendre disponible et sans rupture de stocks, le matériel et produits de PF au niveau (des DPS/ASF) provincial

**Stratégies:** Acquérir l'adhésion de la DSF et des DPS/ASF à l'idée de la décentralisation  
Former/recycler les gestionnaires des provinces

**Activités:**

- Faire la situation du magasin
- Identification de local approprié dans la province
- Estimer les besoins annuels en matériel et produits de PF/province
- Répartir le matériel et produits de PF selon les besoins exprimés
- Superviser la gestion du matériel et produits de PF au niveau provincial dans le cadre des supervisions intégrées

**Suivi:**

- Evaluation trimestrielle de la disponibilité du matériel et produits contraceptifs au niveau des centres de prestations

## TOGO (PNBEF) - DECENTRALISATION DE LA FORMATION

### Situation Actuelle:

1. Médecins-chefs/hôpitaux - subdivisions sanitaires: non formés en PF
2. Déséquilibre entre les régions en matière de centres opérationnels de PF
3. Centralisation de la formation/gestion (C.A./info)
4. Supervision technique centralisée
5. Manque de coordination ATBEF/PNBEF
6. Ressources disponibles pour activités précises

**Objectif:** Décentraliser la formation/gestion/supervision au niveau des 5 régions d'ici décembre 1993.

**Stratégie:** Programmer le transfert des compétences en matière de formation/gestion/supervision en PF au niveau des 5 régions.

### Activités:

1. Formation des 5 Directeurs Régionaux et 21 Médecins-chefs en techniques C.A., en IEC et en management d'ici décembre 1993.
2. Concertation inter-sectorielle en vue de la mise sur pied d'une équipe régionale de formateurs/superviseurs (superviseur régional SMI/PF et médecin-chefs, assistants médicaux, et sages-femmes/infirmières.) et coordinateurs régionaux de l'ATBEF
3. Organisation, par le niveau régional, des sessions de formation de 10 prestataires/région dans les 3 régions défavorisées.
4. Ouverture de 10 centres PF dans ces 3 régions.
5. Répartition des C.A. dans les régions/ système cohérent de gestion.
6. Organisation d'un système formalisé de coordination ATBEF-PNBEF/DSF

### Suivi:

1. Suivi/évaluation des performances des agents formés/l'équipe régional (1 fois/trimestre.)
2. Supervision des activités des formateurs/superviseurs par le niveau central (2 fois/an)
3. Evaluation à mi-parcours et en novembre 1993 des activités PF dans les 5 régions par le niveau central

## TUNISIE - LA DECENTRALISATION DE LA FORMATION

### Situation actuelle:

- La formation est partiellement décentralisée (1 centre au niveau central et deux régionaux)
- La formation est inadéquate (ne répond pas toujours à un besoin perçu par l'agent)
- Existence de modules de formation

### Objectifs:

- Création d'un centre de formation par gouvernorat
- Etape intermédiaire - création de cinq centres interrégionaux de formation (1 centre pour 4 ou 5 régions)

### Stratégie:

- Formation de formateurs permanents

- Utilisation du Centre Régional d'Education en PF pour la formation
- Permettre et amener les autres structures régionales à réaliser leurs programmes de formation dans ces centres moyennant une participation financière

**Activités:**

1. Choix des formateurs (déjà formés dans les centres interrégionaux)
2. Diagnostic de la situation
3. Programmation des activités (le contenu et le calendrier)
4. Dégager les sources de financement
5. Réalisation de la formation

**Suivi:**

- Par la supervision
- Par l'évaluation continue
- Par le recyclage

**COTE D'IVOIRE, SENEGAL - LA DECENTRALISATION DE LA FORMATION**

**Situation actuelle:** Une équipe nationale de formateurs a été constituée avec l'aide d'experts venus de l'extérieur

**Objectif:** Décentraliser la formation IEC/PF pour rendre opérationnel le niveau régional

**Stratégie:** Former une équipe de formateurs dans chaque région sanitaire. Cette équipe sera chargée de former les personnels de tous niveaux (médecins - sages femmes - infirmiers et infirmières - personnel social, accoucheuses traditionnelles, animateurs communautaires)

**Activités:**

1. Bilan des activités passées (2 mois)
2. Etude des profils des agents à former et établissement des curriculums de formation (2 mois)
3. Elaboration de plan de formation
4. Sélection par le niveau régional du personnel à former
5. Mise en place des ressources nécessaires au niveau régional
6. Etablissement du calendrier de formation
7. Formation des équipes régionales de formateurs
8. Elaboration de plan de formation du personnel et des auxiliaires par les équipes régionales

**Suivi:**

- Des équipes régionales de formateurs en place
- Appui du niveau national au niveau régional lors des formations
- Evaluation de l'impact des formations sur l'efficacité du programme

**TOGO (ATBEF) - LA DECENTRALISATION DE LA GESTION**

**Situation actuelle:**

1. Existence des structures décentralisées (siège et 7 antennes)
2. Existence d'outils de gestion
  - a. organigramme

- b. description de poste
- c. guide de supervision
- d. guide d'évaluation

**Objectif:** Eliminer la confusion dans les rôles à jouer aux différents niveaux

**Stratégie:** Parvenir à utiliser le manuel de procédures de gestion et sensibiliser tous les agents et les volontaires sur l'importance d'une bonne gestion

**Activités:**

1. Soumettre le manuel de programme de gestion aux volontaires pour approbation
2. Tenir une réunion d'information avec tout le staff
3. Mettre le manuel de procédure de gestion à la disposition des agents pour application

**Suivi:**

1. Organisation des réunions de concertation
2. Faire la supervision
3. Analyser les rapports d'activités mensuels
4. Faire le feed-back au niveau de toute la structure
5. Evaluation

<b>MAROC - LA DECENTRALISATION DE LA SUPERVISION</b>
--

**Situation actuelle:**

- Plusieurs types de supervisions (centrales/spécifiques)
- Diversité des sources de financement
- Diversité des moyens de mobilité
- Niveau régional: formation en D.I.U.
- Staff de supervision: Médecins, animateurs, techniciens..
- Disponibilité des moyens dans les régions (mobilité, indemnités)
- Pas de guide de supervision, mais existence de grilles à tous les niveaux
- Pas de collaboration entre le système de supervision et les organes de contrôle et d'inspection

**Objectifs:** Rentabiliser le système de supervision central (équipe intégrée)  
Décentraliser la supervision aux niveaux régional et provincial

**Stratégies:**

- Constitution d'une équipe polyvalente
- Constituer une commission d'élaboration d'un guide de supervision
- Formation des superviseurs intermédiaires et locaux
- Renforcer les moyens indispensables (mobilité, crédits...)
- Concertation avec les organes de contrôle et d'inspection
- Instaurer un système de suivie et d'évaluation

**Activités:**

1. Réunions avec les superviseurs centraux
2. Réunions avec les organes de contrôle et d'inspection
3. Instaurer un système d'information entre le S.C.P.F. et les organes de contrôle et d'inspection
4. Mobiliser les ressources nécessaires
5. Elaboration du guide de supervision

6. Tester les instruments de supervision
7. Impression
8. Etablir un plan de formation
9. Exécution de la formation
10. Diffuser les documents techniques et de gestion
11. Etablir un calendrier concerté de supervision

**Suivi:** Evaluation périodique de l'impact de la supervision (bilan pré et post, et exploitation des résultats)

### NIGER - LA DECENTRALISATION DE LA FORMATION (CLINIQUE, IEC, LOGISTIQUE, R.O.)

**Situation actuelle:** Personnel de formation au niveau des départements (régions) exécute le plan d'action élaboré au niveau central

**Objectif:** Amener les régions sanitaires à initier leur propre plan d'action annuel en matière de formation du personnel.

**Stratégies:**

1. Formation des cadres régionaux à l'élaboration de plans d'action
2. Mettre à la disposition de chaque département les ressources nécessaires à l'exécution des ces plans.
3. Elaborer un plan de supervision des activités de formation de chaque département

**Activités:**

1. Atelier de formation du personnel départemental sur l'élaboration de plans d'action
2. Recycler l'ensemble des formateurs des régions
3. Recenser tous les plans d'action des 7 départements afin d'estimer les ressources nécessaires
4. Rechercher les ressources et les mettre à la disposition des départements

**Suivi:** Assurer une liaison fonctionnelle avec les départements

### HAITI - LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

**Rationale:**

1. Population dispersée - participation communautaire assure une meilleure accessibilité des services
2. La participation communautaire rend les services moins coûteux
3. La participation communautaire assure la survie du programme

**Situation actuelle:** relativement décentralisée

-Utilisation de promoteurs communautaires pour certaines activités de P.F.

-Mobilisation de certaines organisation communautaires pour réalisation certaines activités de P.F.

**Objectif général:** Porter l'opinion national à mieux percevoir la P.F. et ses avantages pour le couple et la famille Haïtienne

**Objectif spécifique:** Stimuler la participation communautaire en sensibilisant les leaders d'opinion aux problèmes démographiques et de P.F.

**Stratégies:**

1. Organisation d'ateliers de travail et journées de réflexion
2. Organisation et utilisation de clubs de clients satisfaits de P.F.
3. Diffusion de matériels de vulgarisation en matériels de P.F. et Population

**Activités:**

1. Organisation d'un atelier de travail à l'intention des responsables des organisations féminines
2. Atelier de travail pour les dirigeants des associations religieuses traditionnelles (vodu)
3. Journées de réflexion (Parlementaires \* Dirigeants des associations syndicales \* Journalistes \* Dirigeants cultes réformés \* Spécialistes en OB-GYN)

**Suivi:**

1. Etablir un échéancier des activités
2. Contrôler l'avancement de l'échéancier à travers réunions de staff périodiques.

**CAMEROUN - LA DECENTRALISATION DE LA FORMATION****Situation actuelle:**

L'activité formation relève partiellement du niveau central. Bons nombres des personnels du niveau provincial ont reçu une formation des formateurs en P.F. clinique et IEC et d'autres comme prestataires. Il existe des modules de formation. Beaucoup reste à faire au niveau provincial et périphérique

**Objectif général:** Assurer le transfert des compétences en constituant des noyaux de formateurs à la périphérie par l'organisation des sessions de formation (management -IEC - counseling - technologie contraceptive) pour les médecins, sages-femmes et infirmiers d'ici à décembre 1993 (dans les 2 provinces Adamaoua et Littoral)

**Stratégies:**

1. Diffusion des informations et présentation des résultats de FRAC V auprès des décideurs
2. Création d'une plateforme de concertation des différents intervenants
3. Uniformisation des programmes de formation en P.F.
4. Etablissement d'un programme de formation
5. Description des postes de responsabilité, définition des profils et des tâches
6. Identification des personnes ressources locales et briefing sur la méthodologie de la formation
7. Choix du personnel approprié en fonction des besoins locaux et en respectant les critères de profil
8. Evaluation des ressources disponibles et détermination des ressources nécessaires
9. Exécution de la formation des personnels sélectionnés par étapes
10. Elaboration d'un programme et des outils de supervision et exécution par des équipes pluridisciplinaires
11. Définition des critères d'évaluation de la formation

**MALI - LA DECENTRALISATION DE LA FORMATION****Situation actuelle:**

- Existence d'équipes nationales de formation performantes
- Existence d'équipes régionales et locales pas suffisamment responsabilisées
- Existence d'une analyse de situation sur la formation (même personne peut être formée plusieurs fois, le curriculum des écoles ne correspond plus aux activités à effectuer sur le terrain)
- Equipes nationales intéressées financièrement
- Equipes nationales sous-estiment les équipes régionales et locales

- Début de décentralisation de la formation
- Détermination des profils des membres des groupes de formation

**Objectif:** Décentraliser de la formation

**Stratégies:** Renforcement des équipes au niveau central, régional et local  
Responsabilisation des équipes régionales et locales

**Activités:**

1. Constitution des groupes
  - Constitution du groupe inter-institutionnel de formation national (GIF national)
  - Réunion d'information et d'analyse de situation (liste des agents formés par service représenté et par catégorie)
  - Evaluation de la formation
  - Réunion des membres du GIF National pour l'élaboration d'un plan d'action
  - Organisations des missions d'information et de constitution des GIF régionaux qui à leur tour constitueront les GIF locaux
2. Estimation des besoins locaux et régionaux en matière de formation
3. Elaboration d'un programme national annuel de formation de courte et longue durée, dans le pays et à l'étranger
4. Elaboration d'un programme de révision des curricula des écoles socio-sanitaires
5. Formation des formateurs des équipes centrales, régionales et locales (identification des besoins en formation)
6. Mise en oeuvre des programmes locaux, régionaux et nationaux
7. Appui technique des GIF régionaux par le GIF central pendant la 1ère année de la mise en oeuvre et appui des GIF locaux par les GIF régionaux pendant les 2 premières années
8. Coordination des différents GIFs régionaux par le GIF central et des GIF locaux par les GIF régionaux

**Suivi:**

- Supervision et évaluation des GIF régionaux par le GIF national 1/trimestre
- Supervision et évaluation des GIF locaux par les GIF régionaux 1/trimestre
- Contrôle une fois/an des GIF locaux par le GIF national
- Bilan annuel du programme de formation
- Réprogrammation annuelle

**BURUNDI - LA DECENTRALISATION DE LA SUPERVISION DES ACTIVITES DES AGENTS DE SENSIBILISATION**

**Situation actuelle:** Au cours de ces 2 dernières années, les formateurs en IEC du niveau central ont assuré la formation des agents de sensibilisation aux techniques de communication en PF au niveau de toutes les communes du pays (114)

- Un plan de suivi de ces personnels est assuré par le service IEC du niveau central
- Le staff du Médecin provincial vient d'être renforcé:
  - coordonnateurs provinciaux d'IEC intégrant tous les programmes de santé
  - Coordonnateurs provinciaux du programme de P.F.

**Objectifs:**

- Avant la fin de l'année 1993, intégrer la supervision des agents de sensibilisation dans la supervision du niveau périphérique par les responsables du niveau provincial
- Renforcer les liens de collaboration entre le personnel de santé du niveau périphérique et les agents de sensibilisation

**Stratégies:**

- Formation des responsables provinciaux aux techniques de supervision intégrant les activités d'IEC prestées par les agents de sensibilisation
- Elaboration d'un plan de supervision
- Organisation du cadre de collaboration inter-sectorielle au niveau périphérique
- Etablissement d'un système d'évaluation et d'exploitation de la supervision
- Mobilisation des ressources financières et matérielles nécessaires

**Activités:**

1. Révision des tâches des superviseurs provinciaux
2. Formation des superviseurs provinciaux
3. Elaboration des outils de supervision par les responsables sanitaires provinciaux
4. Elaboration d'un calendrier de supervision
5. Définir les tâches du cadre de collaboration intersectorielle du niveau périphérique (Comité de Santé)
6. Etablir un calendrier de réunions entre le personnel de santé et les agents de sensibilisation

**Suivi:**

- Mise en place d'un système de rapport et de rétro-information à tous les niveaux (MIS)
- Calendrier de réunions
- Calendrier des visites sur le terrain

## I. DEPOUILLEMENT EVALUATION

Sur une échelle qui va de 1 (désaccord total) à 4 (accord total), voilà les résultats:

QUESTION	Classement
Q1: Dans l'ensemble, les objectifs de la cinquième réunion du FRAC ont été atteints	3.8
Q2: Les informations et les idées échangées au cours de la réunion sont applicables pour la mise en place d'un processus de décentralisation	3.6
Q3: La visite sur le terrain était utile	3.7
Q4: La méthodologie employée était pertinente	3.6
Q5: L'organisation de la réunion était satisfaisante	3.6

Commentaires supplémentaires

### CE QUI M'A BEAUCOUP PLU.....

*..Je pense que dans l'ensemble, je suis entièrement satisfait; je crois que nos hôtes et tous les organisateurs du FRAC V ont été à la hauteur de leurs tâches.*

*..L'esprit d'échange (ouverture d'esprit), capacité de joindre l'utile et l'agréable, compétence des participants.*

*..Discussions après visite de terrain.*

*..L'organisation (MSH et ONAPO), la qualité des facilitateurs, le sérieux des participants.*

*..Tout ce que j'ai mis comme étant satisfaisant (réponse de 4 à toutes les questions ci-dessus).*

*..C'est la manière avec laquelle a été conduite le débat du début jusqu'à la fin du FRAC.*

*..La méthodologie employée.*

*..La visite sur le terrain.*

*..L'organisation des services de santé au niveau local avec des ressources restreintes.*

*..La dynamique du groupe qui a animé ce FRAC V. L'approche méthodologique utilisée.*

*..L'esprit de collaboration et le contact avec la diversité d'approches, d'expériences et de stratégies.*

*..Retrouvailles avec amis du FRAC. Découverte de Rwanda. Echanges d'idées. Amabilité de tout l'encadrement MSH/ONAPO.*

*..La capacité des organisateurs d'associer l'utile à l'agréable (atmosphère de travail). Thème pertinent. Qualité excellente du contenu de séminaire.*

*..La visite sur le terrain. Elle nous a permis de toucher du doigt la réalité à la base.*

*..C'est les visites sur le terrain qui m'ont permis de voir ce qui est fait au Rwanda dans le cadre de la décentralisation et surtout l'existence du CFDP et dans les échanges le club des clients satisfaits de PF à Haïti.*

*..La visite sur le terrain. La façon dont les formateurs ont essayé de focaliser l'attention sur le sujet.*

*..L'organisation du système de santé au Rwanda.*

*..La participation de tout le monde, l'esprit d'équipe, l'assiduité, la bonhomie.*

*..La méthodologie de travail. Les échanges inter-pays. Les résultats très pratiques du FRAC.*

*..Sujet très pertinent et d'actualité. Echanges formelles et informelles entre des professionnels de différents pays. Disponibilité et compétence des organisateurs.*

*..Méthode d'approche pour maîtriser le concept de décentralisation. Visites sur le terrain. Echange d'expérience.*

*..L'ambiance: la facilité d'intégration des nouveaux participants qui sont aussitôt mis à l'aise. Innovation dans les méthodes pédagogiques (du Prof Bula).*

*..Encadrement - Cadre - Thème - Contact.*

*..C'est l'esprit et le climat de collaboration tout au long de cet atelier entre les encadrateurs, les participants et le pays hôte. La richesse dans les échanges d'idées, et la pertinence dans les interventions des uns et des autres. L'encadrement parfait du staff, et l'efficacité de leur méthodologie sont à exploiter et un exemple à copier.*

#### **CE QUI NE M'A PAS PLU.....**

*..C'est les erreurs commises sur le billet de transport et comme l'erreur est humaine; c'est pardonné, l'essentiel étant fait.*

*..Prise en charge des participants; frais médicaux; laisser plus de choix pour les repos.*

*..Le système très compliqué du calcul des prises en charge des participants (voyage, transit, per diem).*

*..La tendance à valoriser les idées par rapport à la renommée hors contexte de certains participants.*

*..L'itinéraire de voyage.*

*..Perturbations dans les horaires, de régime (gastralgie).*

*..De n'avoir pas pu participer aux FRAC antérieurs, car c'est un cadre théorique-pratique excellent pour l'amélioration de nos programmes.*

*..L'organisation du voyage.*

*..Le déroulement du voyage.*

*..Certains participants rwandais n'ont pas été intégrés au groupe (journaliste, photographes).*